



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

수혜자 ID:

프로그램:

귀하의 _____에 대한 적격성을 판단하기 위해 다음의 정보가 필요합니다.

도움이 필요하거나 어떤 항목의 서류를 제출하는 데 시간이 더 필요한 경우 제게 다음의 번호로 전화해 주시기 바랍니다.

저희가 요구하는 상기 정보를 제출하지 아니할 경우, 귀하의 지원 신청이 거부될 수도 있습니다.

사회복지사

커뮤니티 서비스 담당실 (Community Services Office)

전화번호: _____